Date : 14.9.2009
Version : 1
Auteur : INF

Evaluation et application des mesures de limitation de liberté

Objectifs :	Décrire le déroulement des mesures d'application de limitation de liberté, assurer l'évaluation et la traçabilité des mesures de contraintes, y compris celles demandées par le résidant lui-même.		
Mode d'emploi :	Infirmière :	1. Evaluer le besoin de mesures de limitation de liberté selon critères ci-dessous 2. Proposer une mesure appropriée, en accord avec le concept d'accompagnement de l'établissement 3. Discuter avec le résidant, la famille ou représentant en cas d'incapacité de discernement 4. Remplir le document au verso (p.2) et fixer la date de réévaluation mensuelle (y compris lors d'une demande spontanée d'un résidant). 5. Réévaluer la mesure 1x par mois lors de la réunion pluridisciplinaire 6. Viser et faire viser aux personnes mentionnées dans le document 7. Faire signer le formulaire de consentement ci-dessous (p.3) ou le refus (p.4)	
	Tous :	Appliquer la mesure décidée ci-dessous	
Classement :	Inf :	dans le classeur « mesures de contraintes » Dès la mesure levée : dans le dossier de soins du résidant	
Archivage :	Inf :	10 ans après sortie du résidant	
Domaine d'application :	Soins - accompagnement		

Critères d'évaluation	**Réponse (Oui/Non)**	**Si oui, action à entreprendre:**
Par son comportement, la personne âgée compromet gravement sa sécurité, sa santé ou celles de tiers		Décider de la mesure appropriée
Le comportement particulier n'est pas du à des causes auxquelles il est possible de remédier (douleurs, effets secondaires des médicaments)		Décider de la mesure appropriée
D'autres mesures restrictives de liberté personnelle ont échoué ou ne peuvent être appliquées		Décider de la mesure appropriée

Résidence Le Pivert Mesure de contrainte et de sécurité (1 document par mesure)

NOM: Prénom: Mesure de contrainte:

Date de naissance: Date du début de l'application:

N° chambre: Plages horaires d'applications:

Référence Infirmière: Fréquences de réévaluations: (max 6 mois)

Date	Problématique Analyse des risques	Mesure de contrainte	Objectifs visés	Date de la prochaine évaluation (à noter dans l'agenda)	Visa Med.	Visa Inf.	Visa résident

Lieu et date

Signature du résident:

Signature du représentant légal:

(En cas d'incapacité de discernement)

Signature du médecin

Signature de l'infirmière

Signature de l'infirmier (ère) responsable

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Je, consens à la mise en place de mesure de contrôle (barrières de sécurité) et je confirme avoir reçu l'information concernant la nature de cette mesure de contrôle, les risques et bénéfices inhérents à ce traitement, les effets ainsi que l'utilisation qui en sera faite

Signature (résidant ou parent, tuteur) :

OU

Consentement verbal obtenu auprès de
Signature de l'intervenant

Date

FORMULAIRE DE REFUS POUR L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Je, refuse la mise en place de mesure de contrôle (barrières de sécurité) et je confirme avoir reçu l'information concernant la nature de cette mesure de contrôle, les risques et bénéfices inhérents à ce traitement, les effets ainsi que l'utilisation qui en sera faite

Signature (résidant ou parent, tuteur) :

OU

Consentement verbal obtenu auprès de
Signature de l'intervenant

Date